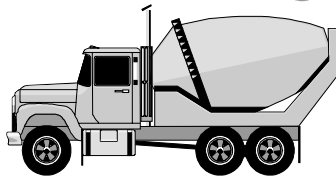
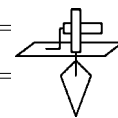


The Cement



Mixer

A Quarterly Newsletter for Northern California Cement Masons



Spring/Summer
2004 #22

¿Es Adecuada para Usted la Tarjeta de Descuento de Medicinas Aprobada por Medicare?

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente introdujeron una tarjeta de descuento de medicinas. Podría preguntarse si la tarjeta de descuento de Medicare es adecuada para usted. En la mayoría de los casos, la respuesta es que no. Ésta es la razón:

Si está inscrito en el Plan de Pago Directo o en Kaiser Permanente, usted ya tiene cobertura de recetas de medicina. Esto significa que usted no sería elegible para una tarjeta "gratuita" o para el subsidio de \$600 para compra de medicinas. Si no está inscrito ni en el Plan de Pago Directo ni en Kaiser, pudiera calificar para una tarjeta con descuento, pero solamente si su ingreso anual en 2004 no pasa de \$12,569 si es soltero/a o, si está casado/a, de \$16,862. Aunque calificara para una tarjeta gratuita y para el subsidio, de todos modos tendría que pagar un 5% o un 10% de coseguro por sus recetas de medicina. Se trata de un coseguro, no de un copago, lo que significa que sus costos de su propio bolsillo variarían dependiendo del costo de la medicina. Además, hay muchas tarjetas de descuento aprobadas por Medicare las cuales cuestan cada una \$30 por año. Una de las diferencias entre las tarjetas es la lista de medicinas que ofrecen. Así pues, antes de comprar una tarjeta de descuento de medicinas, deberá revisar la lista para asegurarse cuáles son

las medicinas que actualmente se incluyen en la lista. De otra manera, la tarjeta de descuento pudiera no representar ningún beneficio para usted.

En Kaiser Permanente su cobertura de recetas de medicina le proporciona un surtido de 100 días de medicinas genéricas o de medicinas de marca médicamente necesarias recetadas de acuerdo con las guías del Formulario de Medicinas de Kaiser. Su copago por cada receta es de \$10. En el Plan de Pago Directo, usted recibía un surtido de 30 días al menudeo con un copago de \$10 por medicinas genéricas ó \$20 por medicinas de marca. Si escoge el sistema de pedidos por correo, recibirá un surtido de 90 a cambio de un copago de \$20 por medicinas genéricas o de \$40 por medicinas de marca.

Ya sea que esté inscrito en el Plan de Pago Directo del Fondo o en Kaiser Permanente, no necesita hacer nada en relación con la tarjeta de descuentos de medicinas aprobadas por Medicare. Como lo expresó el Dr. Mark McClellan, Administrador de los CMS, si su plan de salud actual proporciona beneficios de medicina, posiblemente no se beneficie con una tarjeta de descuento de medicinas aprobada por Medicare.

Para saber más, póngase en contacto con Medicare al 1-800-633-4227 ó visite la página de Internet de Medicare en www.medicare.gov.

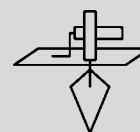


Atención Albañiles de Cemento Retirados

Si no ha devuelto todavía el Estado de Cuenta de Pensionista o Beneficiario, lo deberá hacer lo antes posible. Si no ha recibido su Estado de Cuenta antes del 31 de mayo de 2004, los cheques futuros de pensión se retendrán hasta que devuelva el Estado de Cuenta. Este Estado de Cuenta deberá completarse en su totalidad y en algunos casos deberá notarizarse o su firma deberá ser atestiguada por un funcionario de la Unión.

Si tiene alguna pregunta respecto a su Estado de Cuenta póngase en contacto con la Oficina del Fondo para hablar con alguien del Departamento de Pension.

No hay avisos insertados
en este número del
Cement Mixer





Fumar y las Enfermedades de las Encías

Como si las enfermedades del corazón y de los pulmones no fueran una razón suficiente para dejar de fumar, un estudio reciente encontró evidencia amplia de otro peligro a la salud que debe considerarse al encender un cigarrillo — las enfermedades de las encías.

Si bien se ha sabido por mucho tiempo que hay una correlación directa entre fumar y las enfermedades de las encías, éste es el primer estudio nacional que muestra qué tan prevalente es el problema, según los investigadores.

Las personas que fuman tienen aproximadamente cuatro veces más posibilidades de tener periodontitis que las personas que nunca fumaron, pero las personas que fumaron anteriormente y se han abstenido durante 11 años no tienen ningún riesgo adicional, de acuerdo con los resultados publicados en el *Journal of Periodontology*. En general, casi el 53 por ciento de las enfermedades de las encías en el estudio se atribuyeron a personas que fuman actualmente o que fumaban anteriormente.

El estudio también encontró que:

- El cincuenta y cinco por ciento de los sujetos del estudio que tenían periodontitis fumaban actualmente y casi el 22 por ciento fumaron anteriormente.

- Los fumadores actuales de más de 1-1/2 paquetes de cigarrillos al día casi tenían seis veces más posibilidades de tener periodontitis que las personas que no fuman.

- Las personas que fuman menos de un paquete al día tenían casi tres veces más posibilidades de tener la enfermedad.

Los investigadores señalan que el tabaco puede suprimir el sistema de inmunidad del cuerpo reduciendo así la capacidad de combatir infecciones. Fumar también limita el crecimiento de los vasos sanguíneos, haciendo más lenta la curación de los tejidos dañados de las encías.

Robert Silverman, DDS, un consultor dental de Delta, indica que hay un factor positivo en el estudio: dejar de fumar, o nunca empezar a fumar, reduce grandemente el riesgo de tener una enfermedad de las encías.

El Dr. Silverman lo expresa así: “La lección es que no debe de fumar si quiere salvar sus dientes — y su vida”.

Conozca sus beneficios...

Extensión de los Beneficios de Salud por medio de la Cobertura de Continuación COBRA

En 1986, entró en vigencia una importante ley que permite a los empleados continuar su cobertura de beneficios de salud bajo ciertas circunstancias. La continuación de los beneficios era sólo una parte pequeña de la ley presupuestaria que llegó a conocerse por su abreviatura COBRA, iniciales en inglés de Ley de Reconciliación Presupuestaria Global Consolidada.


La ley, COBRA permite al individuo cuya elegibilidad termine seguir su cobertura del plan de salud bajo ciertas circunstancias. Para entender las disposiciones de la ley COBRA hay dos términos clave: “beneficiario calificado” y “evento calificador”.

La ley COBRA define a un “**beneficiario calificado**” como una persona que pierde su cobertura por alguno de los eventos califcatorios que se mencionan en el siguiente párrafo. Un beneficiario calificado puede ser un Albañil del Cemento activo, su cónyuge o cualquier hijo dependiente. Solamente el cónyuge y los hijos dependientes de los Albañiles del Cemento Retirados se definen como beneficiarios calificados. El Albañil del Cemento Retirado no se considera un “beneficiario calificado” de acuerdo a las disposiciones de la ley COBRA.

“**Los Eventos Califcatorios**” son circunstancias bajo las cuales usted o sus dependientes pudieran ser elegibles para continuar la cobertura de salud. Si usted es un Albañil del Cemento activo, los eventos califcatorios incluyen la terminación de su empleo o una reducción

en sus horas de trabajo. Si usted es el cónyuge o un hijo dependiente de un Albañil del Cemento activo, los eventos califcatorios son los mismos que los que se aplican a los Albañiles del Cemento activos e incluyen la muerte o el divorcio del Albañil del Cemento o que un hijo ya no cumpla con la definición de “dependiente” del Plan. En el caso de los Albañiles del Cemento Retirados, los eventos califcatorios sólo se aplican al cónyuge e hijos dependientes e incluyen la muerte, divorcio o que el hijo ya no cumpla con la definición de “dependiente del Plan. (Consulte la definición de dependiente en el Artículo I., Sección 6. del folleto del Plan del 1º de abril de 2000).

La Oficina del Fondo le notificará si el evento califcatorio es la terminación del empleo o la reducción en las horas de trabajo. Si el evento califcatorio es la muerte, divorcio o que un hijo pierda su carácter de dependiente, el beneficiario calificado deberá notificar a la Oficina del Fondo.

El Consejo de Fideicomisarios establece las primas mensuales cada mes de septiembre. Estas tarifas se aplican durante un año. La prima depende del tipo de cobertura que usted seleccione o de si está comprando cobertura para usted o para usted y su familia. Generalmente, la cobertura es por 18 meses, pero podrá prolongarse a 36 meses si ocurre un **segundo** evento califcatorio, o prolongarse a 29 meses si el Seguro Social determina que un beneficiario calificado está totalmente discapacitado. 

Llenado las formas... Solicitud de Cobertura Prolongada para los Dependientes



Normalmente, sus hijos dependientes pierden su elegibilidad de acuerdo al Plan a la edad de 19 años. Sin embargo, hay circunstancias bajo las cuales se pudiera prolongar la cobertura. Por ejemplo, si su hija dependiente continúa su educación, ella pudiera ser elegible para la cobertura si cumple con los siguientes requisitos:


- asiste a una institución educativa acreditada y se inscribe por lo menos en 8 unidades de crédito por semestre (o créditos equivalentes);
- depende principalmente de usted para su sostén; y
- califica como dependiente para los fines del impuesto federal sobre el ingreso.

Para solicitar la cobertura prolongada, póngase en contacto con la Ofi-

cina del Fondo poco antes de que su hija cumpla 19 años y solicite una “Solicitud para Cobertura Prolongada de un Dependiente Estudiante”. Si tiene acceso al Internet, también podrá bajar la versión PDF de la página de Internet del Fondo en www.norcalcementmasons.org.

Llenar la solicitud lleva solamente unos cuantos minutos. Además del nombre del Albañil del Cemento, de su dirección y de su número de seguro social, la solicitud le pide el nombre de la estudiante, la fecha de nacimiento y el nombre, número telefónico y dirección de la institución educativa. También solicita una copia del registro oficial de la escuela, de estar disponible. El Fondo de Fideicomiso también querrá verificar la situación de su dependiente con la institución educa-

tiva. Luego se le hacen preguntas para determinar si su hija cumple los requisitos para la cobertura prolongada como estudiante. Firme y ponga fecha a la solicitud. Asegúrese que contestó todas las preguntas antes de enviarla a la Oficina del Fondo.

En el caso de que su hija no califique para la Cobertura Prolongada como Estudiante Dependiente, podrá ser elegible para la Cobertura Prolongada de salud y bienestar bajo la Cobertura de Continuación COBRA. Para información sobre la ley COBRA, consulte el folleto del Plan o póngase en contacto con la Oficina del Fondo. 

Questions & Answers

P. Cada año recibo un Reporte Sumario Anual de la Oficina del Fondo. ¿Qué es un Reporte Sumario Anual?


R. Un Reporte Sumario Anual (SAR, por sus iniciales en inglés) es un resumen narrativo de la información financiera que se reporta en la Forma 5500. La Forma 5500 es obligatoria para todos los Planes de Beneficios de los Empleados y se presenta anualmente al Servicio de Ingresos Internos y al Departamento de Trabajo. La Forma SAR resume la información reportada en la Forma 5500, principalmente información financiera, e incluye ciertos derechos de los Participantes de obtener o revisar toda la Forma 5500.

Si usted decide obtener una copia de toda la Forma 5500, se le pedirá que pague el costo de las copias. Dependiendo del Fondo del Fideicomiso, los costos podrán variar desde \$3.25 hasta \$27.00. La Forma 5500 también incluye los Estados Financieros Auditados. Estos se proporcionan sin ningún costo.

También tiene libertad de examinar la Forma 5500 en la Oficina del Fondo o en el Departamento de Trabajo en Washington, D.C.

A menos que usted tenga una razón específica de solicitar toda la Forma 5500, la forma SAR le da información financiera suficiente concerniente a los Fondos de Fideicomiso y se distribuye sin ningún costo para usted.

También se dispone de una versión en español de la forma SAR. Esta forma también se coloca en la página de Internet del Fondo de Fideicomiso www.norcalcementmasons.org.

 Northern California Cement Masons Funds Administration, Inc. 220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1499 • Telephone: (707) 864-3300			
APPLICATION FOR STUDENT EXTENDED DEPENDENT COVERAGE (Doc. 03F)			
Participant must complete - Application will not be processed unless all questions are answered.			
PARTICIPANT'S NAME		SOCIAL SECURITY NO.	
STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
Please Answer the Following Regarding the Student			
FULL NAME OF STUDENT		DATE OF BIRTH	
NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTION		TELEPHONE NO.	
STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
Enrolled for the (check one) or, if available, please attach a copy of school's transcript: <input type="checkbox"/> FALL Semester <input type="checkbox"/> SPRING Semester			
Indicate Period: FROM _____ TO _____			
Participant's Statement			
Your dependent must meet the Plan's definition for "student dependent" and all of the requirements listed below. Please answer the following questions:			
▶ Is your dependent married? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
▶ Is your dependent enrolled in an accredited institution for at least 12 units? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
▶ Did you or will you claim your dependent on your Federal Tax return? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
I certify that the dependent shown above meets all of the requirements by the Plan for student dependent coverage. I understand that I must notify the Fund Office immediately in writing if my child marries, ceases to be a full time student, or ceases to be a dependent under the Internal Revenue Service code. I understand that the Fund Office has the right to verify my dependent's status with the above institution and that I agree to submit an Application for Student Dependent Coverage form at least once a year for the dependent shown above.			
I certify under penalty of perjury under the laws of the state of California that the foregoing statements are true, correct, and complete to the best of my knowledge.			
Participant's Signature: _____			Date: _____
04 2079 (Rev. 2/2004)			


CALENDARIO

En o Cerca de Esta Fecha	Le Enviaremos por Correo	Usted Deberá
--------------------------	--------------------------	--------------

CEMENT MASONS TRUST FUNDS FOR NORTHERN CALIFORNIA

About the Funds

Benefit Plan Information



News

Training

Links to Related Web Sites

Frequently Asked Questions

Customer Service

Request Forms and Publications

Search This Web Site

Copyright © 2003, Northern California Cement Masons Funds Administration, Inc. All Rights Reserved.
This website uses Cascading Style Sheets and is best viewed with a CSS2-compliant browser.
Problems with this web site? - Please Email our Webmaster

Si no ha visitado recientemente la página de Internet del Fondo le sorprenderá encontrar varias mejoras que se han agregado desde su última visita. Por ejemplo, ahora podrá tener acceso a las formas que se usan con frecuencia desde la comodidad de su casa. Muchas de estas formas pueden bajarse del Internet o podrá solicitar que la forma se le envíe por correo a su casa. Esto es especialmente cómodo para las personas que están en su trabajo durante las horas hábiles de la Oficina del Fondo. La página de Internet está abierta las 24 horas al día y podrá visitarla a su conveniencia — después del trabajo, en la noche, temprano en la mañana — a cualquier hora. Se planean aún más mejoras futuras que se anunciarán en este boletín. Por favor siga visitando la página de Internet en www.norcalcementmasons.org.

Contactando la Oficina del Fondo



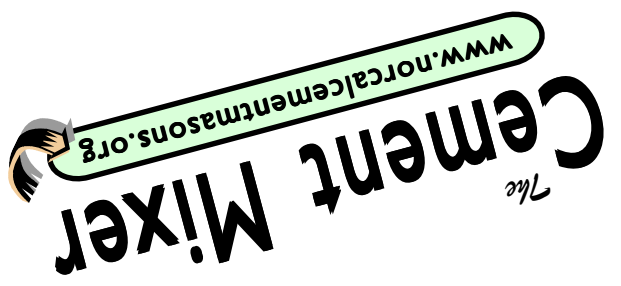
Cement Masons Trust Funds
220 Campus Lane
Fairfield, CA 94534-1499

(707) 864 - 3300
o gratuitamente al
(888) 245 - 5005



 Página del Internet:
www.norcalcementmasons.org

Cement Mixer es publicado por Northern California Cement Masons Funds Administration, Inc. y tiene por objeto dar información general sobre los planes. No tiene por objeto ser un sustituto de los documentos oficiales del plan. Sus derechos como Participante del Plan o como Beneficiario podrán determinarse solamente consultando el texto mismo del folleto del Plan.



PRRST STD U.S.
POSTAGE PAID
CONCORD, CA
PERMIT #473

Northern California Cement Masons
Funds Administration, Inc.
220 Campus Lane
Fairfield, CA 94534

